

Histerectomía Abdominal Total Técnica Subfacial. Revisión de 100 Casos. Hospital Vicente D'Antoni

Dr. Jesús A. Vásquez C.

Dr. Marcial Vides Turcios

Departamento Gineco-Obstétrico, Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba, Honduras, C. A.

1. CONSIDERACIONES GENERALES:

El procedimiento operatorio mediante el cual se practica la resección parcial o total del útero se llama histerectomía. La vía de abordaje quirúrgico puede ser abdominal y vaginal, teniendo cada una de ellas sus indicaciones específicas.

La histerectomía por vía abdominal podrá ser parcial (sub-total o **supra-vaginal**) v total. Actualmente la histerectomía sub-total es motivo de controversias por considerarse que deja un remanente de tejido uterino, el que puede ser sitio propicio para patologías importantes en las que se destaca el carcinoma.

1. La histerectomía total comprende la remoción tanto del cuerpo como del cervix; aunque se ha demostrado que este procedimiento aumenta la morbi-mortalidad, es actualmente la técnica de elección por las razones antes expuestas.

Es de advertir que esta morbi-mortalidad en los últimos años ha disminuido por los adelantos técnicos de laboratorio, quirúrgicos, anestésicos y de cuidados pre y post-operatorios.

La técnica más conocida para la remoción total del útero es la descrita por E. H. Richardson, la cual ha sufrido ligeras modificaciones por algunos operadores en procura de una técnica ideal.

Es objetivo de este trabajo presentar nuestra experiencia en 100 histerectomías sucesivas practicadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vicente D'Antoni, con la técnica «sub-fascial de Aldridge, durante el período comprendido de 1962-1967.

2. TÉCNICA OPERATORIA

Es obvia la descripción de la preparación y medidas preoperatorias (valoración preanestésica, condiciones físicas y biológicas de la paciente, antisepsia, etc.)

- a) Laparatomía infraumbilicar media, o tipo Phanestiel, según las condiciones ideales de cada caso en particular.
- b) Exploración general de la cavidad abdominal y valoración de la patología a tratar; planteamiento técnico a seguir; hasta donde sea

- posible procurarse el mejor campo operatorio y una exposición satisfactoria de útero y anexos.
- c) Mediante un **histerolabo**, que en lo particular lo sustituimos con un punto transfixiante en "X" ; fijación y tracción del cuerpo uterino para poner tenso el fondo vesico-uterino.
 - d) Se levanta con pinza el peritoneo vesical a nivel del istmo uterino seccionado transversalmente y prolongándolo de lado a lado hasta los ligamentos redondos.
 - e) Por el espacio avascular del ligamento ancho mediante disección digital se abre una brecha para introducir una pinza que comprenda ligamento redondo, trompa y ligamento propio del ovario; se introduce una segunda pinza proximal al útero; se secciona entre ambas pinzas y se liga con punto de transfixión en "8" ambos extremos. Se hace el mismo procedimiento en el lado opuesto.
 - f) Disección de la vejiga y rechazo de la misma, primero mediante una disección digital y después con una gasa montada en una pinza de anillos; se deja en el sitio dicha gasa con lo que se mantiene la vejiga y haciendo hemostasia de la zona de despegamiento por comprensión; la cual será retirada al terminarse el tiempo vaginal.
 - g) Disección del peritoneo posterior inmediatamente por arriba de la inserción uterina de los ligamentos útero-sacros, rechazándolo hasta el nivel del cuello uterino.
 - h) Pinzamiento, corte y ligadura de los vasos uterinos que se hace a 1.5 cm. aproximadamente de la cúpula vaginal. Al cortar los vasos debe hundirse algo el tijeretazo en el borde lateral del útero; para abrir una brecha en la fascia pericervical (Fig. 1).
 - i) Como siguiente paso se procede a la disección de la fascia pericervical como tiempo importante en la modificación de la técnica sub-fascial. (Esta fascia se reconoce como una capa de tejido densa, lisa y brillante visible desde el despegamiento de la vejiga, cubierta por detrás por el peritoneo y que rodea a manera de manguito el istmo, el cuello y la bóveda vaginal). Con una tijera curva, larga y roma, por el ojal dejado al seccionar los vasos uterinos se verifica la disección de esta fascia (Fig. 2) por delante del cuello hasta llegar al lado opuesto y se secciona transversalmente (Fig. 3). Por detrás se practicará la misma disección pasando por encima de la inserción de los ligamentos úterosacros; algunas veces será difícil practicarla con tijeras y será necesario el uso del bisturí. Tanto por delante como por detrás se profundiza la disección hasta el límite inferior del cuello uterino para formar un manguito fascial (Fig. 4).
 - j) En el manguito formado y por dentro de la fascia separada se pinzan a cada lado los ligamentos de Mackeñrodt's o parametrios con pinzas rectas tipo Kocher los que se cortan, ligan y refieren (Fig. 5). A través del manguito se identifica la vagina, la que se pinza y se corta a nivel de su inserción en el cuello en toda su extensión (Fig. 6).
 - k) Se procede luego a suturar la vagina iniciándose por los ángulos. Este punto irá primero de adentro de la mucosa vaginal hacia afuera en la pared anterior, incluyendo el pedículo del parametrio y

volver a atravesar la pared vaginal **posterior** de fuera adentro de manera que el nudo quede hacia la luz vaginal, este punto servirá como medio de fijación para la cúpula vaginal (Fig. 7).

- I) A continuación se hace la sutura del labio anterior de **la** fascia con el posterior incluyendo los ligamentos úterosacros que se reponen así en su lugar. Peritonización y cierre de la cavidad abdominal con técnica habitual (Fig. 7). Insistimos que estos puntos colocados en los extremos son de gran importancia para la fijación y suspensión de **la** cúpula vaginal al incluir los ligamentos cardinales; con claridad pueden verse en la figura siguiente:

NOTA:

En lo particular, en la mayoría de los casos hacemos disección de la fascia pericervical con bisturí (tiempo i) y al tener disecada esta fascia abrimos una brecha vaginal anterior y posterior por donde introducimos las ramas abiertas de una pinza de Kocher curva haciendo la toma directa del **ligamento** de McKerodt's a uno y otro lado (tiempo J) con sección y ligadura de los mismos; en los tiempos siguientes se procede de igual manera a la descrita.

A. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con esta técnica se han practicado 100 histerectomías abdominales totales, describiendo en los cuadros sucesivos, las indicaciones operatorias, edad, paridad, raza, complicaciones tempranas, complicaciones tardías, tiempo de hospitalización, etc.

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE LOS CASOS INTERVENIDOS

Nº	Diagnóstico	Nº casos	Porcentaje
1	Fibromiomatosis	60	60%
2	Leiomiomas	8	8%
3	Salpingo-ovaritis crónica bilateral	8	8%
4	Hiperplasia atípica de endometrio	8	8%
5	Quistes ováricos bilaterales	5	5%
6	Perforación uterina con hematoma retroperitoneal	3	3%
7	Endometriosis pélvica	2	2%
8	Embarazo ectópico repetido	2	2%
9	Displasia Grado III del Cervix	2	2%
10	Anaplasia endometrio (Mola)	1	1%
11	Embarazo tubo abdominal	1	1%
TOTAL CASOS		100	100%

Fig. 8

El 68% de los casos revisados estuvo representado por lesiones de tipo fibromatoso, ya que la **gran** mayoría de las pacientes intervenidas pertenecen a la raza **negra** en las que es sabido predomina esta clase de patología. Continuaron en su orden 8% de los procesos infecciosos anexiales crónicos en las que se tomó en cuenta edad, paridad y grado de deterioro de ambos anexo. Igual conducta fue seguida en los casos de displasia de **endometrio (8%)** y del cervix (2%).

En los quistes de ovario bilateral (5%) se trató de conservar un fragmento funcional para evitar el aceleramiento de las molestias climáticas en pacientes menores de 39 años. En dos casos (2%) de embarazo ectópico a repetición en grandes multíparas y en ausencia de la la trompa opuesta se tomó una conducta radical, conservando los ovarios cuando a juicio clínico eran sanos.

En 3 casos (3%) de perforaciones uterinas se practicó histerectomía tomando en cuenta la extensión y localización de la lesión y sobre todo la magnitud de **las hematomas retroperitoneales que los acompañaban.**

DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS CASOS		
Años	Nº de casos	Porcentaje
25-30	11	11%
31-40	40	40%
41-50	39	39%
51-60	8	8%
61-70	2	2%
Total casos:	100	100%

Fig. 9

El **79%** de los casos correspondió a pacientes comprendidas entre 31 y 50 años, siendo la paciente más joven de 25 y la mayor de 70 años; ésta presentaba una tumoración uterina fibromatosa gigante con problemas de tipo mecánico y la de menor edad presentaba una patología anexial bilateral crónica, multípara y con antecedentes de cirugía conservadora previa.

PARIDAD. Sólo en un 46% se consignó la paridad, correspondiendo 18 casos entre 0 y **II** Paras y 28 casos entre **III** y **XI** Paras, no consignándose en 54 casos. 5 casos correspondieron a nulíparas añosas portadoras de grandes fibromas.

DISTRIBUCION DE LOS CASOS EN RELACION A LA RAZA

Raza	Nº de casos	Porcentaje
Negra	38	38%
Mestiza-negra	18	18%
Mestiza	40	40%
Blanca	4	4%
Total de casos	100	100%

Fig. 10

56% de los casos correspondieron a la raza negra pura o individuos con gran porcentaje de raza negra. 40% a raza mestiza y solamente el 4% de raza blanca. Bien conocida es la gran incidencia de patología fibromatosa en las razas de color que en nuestro medio son de gran predominio.

COMPLICACIONES INMEDIATAS

Nº	Complicación	Nº casos
1	Absceso pared abdominal	10
2	Absceso cúpula vaginal	6
3	Hematoma pared abdominal	5
4	Absceso pélvico	2
5	Cisto-uretero-pielitis	3
6	Absceso retroperitoneal	1
7	Fístula vesical	1
8	Peritonitis generalizada (shock bacterémico)	1
9	Hemorragia vaginal	1
	Total de casos	29

Fig. 11

El total de complicaciones inmediatas en la serie revisada fueron de tipo infeccioso y ninguna de las otras complicaciones pueden ser atribuidas a la técnica descrita. Es importante señalar la ausencia de lesiones de tipo ureteral y aunque se consigna un caso de fístula vesical no es atribuible a la técnica subfacial en sí, sino que a defecto de técnica al tiempo de la peritonización se incluyó vejiga en uno de los puntos. Esta alta incidencia de infecciones anotada a nuestro juicio fue con contaminación en las salas generales por falta de aislamiento adecuado de los casos infectados (1-2).

EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN. Promedio de 8 días que **indudablemente** estuvo aumentado por las complicaciones de tipo infeccioso observadas.

f) COMPLICACIONES TARDÍAS

Durante los 5 años, durante los que ha sido practicado el procedimiento no se ha observado ningún tipo de complicaciones tardías post-operatorias, adjudicables al método. La cúpula vaginal se ha observado en una situación normal, no encontrando en los casos revisados ningún descenso que amerite algún procedimiento quirúrgico posterior.

No se han observado lesiones de vías urinarias, salvo la anotada como complicación inmediata y de la cual en posteriores revisiones la paciente no presenta ninguna secuela.

4 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA TÉCNICA.

VENTAJAS:

- a) Más anatómica; la conservación de la fascia peri-cervical que desempeña un gran papel en la fijación y sostenimiento de las vísceras pélvicas.
- b) Su disección y la formación del manguito descrito y las maniobras de técnica quirúrgica a través del mismo, aleja toda la oportunidad de injuria sobre la porción transversa y vesical del uréter.
- c) La conservación de esta fascia garantiza la integridad del parametrio y del paracolpos que están constituidos por tejido conectivo de lo cual es partícipe el ligamento lateral, cardinal o de McKenrotd's, lo mismo, que de! útero-sacro.
- d) La suspensión de la cúpula vaginal, la fijación y .sostén de las vísceras pélvicas estarán garantizadas mediante la conservación de este tejido conectivo (fascia endopélvica) en mejor forma anatómica y funcional que usando suspensión con los ligamentos redondos e infundibulopélvico.s; causantes en muchas ocasiones de algias pélvicas o descenso de la cúpula por relajación o estiramiento de los mismos.

DESVENTAJAS:

- a) La técnica es más laboriosa que las de tipo clásicas.
- b) El sangrado observado con la disección de la fascia pericervical es un poco mayor.

5. CONCLUSIONES:

- a) Se analiza la técnica sub-facial en histerectomía abdominal total, como una modificación a la técnica clásica.
- b) Se concluye que el procedimiento es ideal para las afecciones benignas del cervix y cuerpo uterino.
- c) Que los riesgos de lesiones del uréter, vejiga y recto son prácticamente nulos.

- d) Conserva la integridad anatómica y fisiológica del diafragma pélvico, garantizando una fijación y suspensión de la cúpula vaginal más adecuada.
- e) Ausencia de dolores pélvicos atribuibles a distensión **ligamentaria**.

RESUMEN

Se presentan 100 casos de histerectomía abdominal total mediante la técnica subfascial de Aldridge y Meredith, modificado por Israel y Godfine, realizadas en el Departamento de **Gine-Obstetricia** del Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba, Honduras, C. A.

Esta modificación consiste en la disección y conservación de la fascia pericervical con la cual se forma un manguito de la misma. La disección se inicia tan pronto como se practica la sección del pedículo uterino; a ese nivel practícase un túnel con tijera roma disecando la fascia en toda su relación anterior con el cervix hasta llegar al extremo opuesto y profundizándose hasta su continuidad con la vagina. En igual forma se procede en la parte **posterior** conservando unidos a esta fascia los ligamentos uterosacros.

Por dentro de este manguito con pinzas de Kocher rectas se pinzan ambos ligamentos de Mackenrodh's; corte circular de vagina.

El cierre de vagina se practica con puntos separados comenzando por los extremos. Este punto se aplicará de dentro afuera, se cargan con el mismo el ligamento cardinal y uterosacro del lado correspondiente rematando de fuera adentro, de tal manera que el nudo quede hacia la **luz** vaginal. El cierre continua de la hoja anterior y posterior de la fascia que junto con los ligamentos cardinales y uterosacros fijarán y suspenderán la cúpula vaginal. Los ligamentos redondos e infundibulopélvicos sólo serán invaginados al tiempo de peritonizar.

El 68% de los casos correspondió a tumores de tipo fibromatoso; un 13% a procesos crónicos bilaterales y quistes ováricos de ambos lados; el 19% restante a patologías diversas.

Un 40% de los casos correspondió a mujeres entre los 31 y 40 años. 39% de 41 a 50 años, 25 y 70 años fueron las edades extremas, 56% correspondieron a mujeres de la raza negra o individuos con dichos caracteres ; 40% a raza mestiza y únicamente 4% a la raza blanca.

Se presentó 28% de morbilidad, consistente principalmente a procesos de tipo infeccioso, no atribuibles al método. Tiempo promedio de hospitalización fue de 8 días. Hubo un caso de muerte por shock bacterémico (*Pseudomona aureoginosa*).

NOTA: Todas las figuras de técnica fueron tomadas del Tratado de Ginecología y Técnica Operatoria de V. Conill-Montovio. 1960.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—PRATT, J. H.; LITWAK, O.: The postoperative complication of hysterectomy. Memorias del V Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. 100, 1967.
- 2.—SMITH, R. D., PRATT, J. H. : Serious bleeding- following vaginal or abdominal hysterectomy. *Obst. & Gynec.* 26: 592, 1965.



Fig. 1

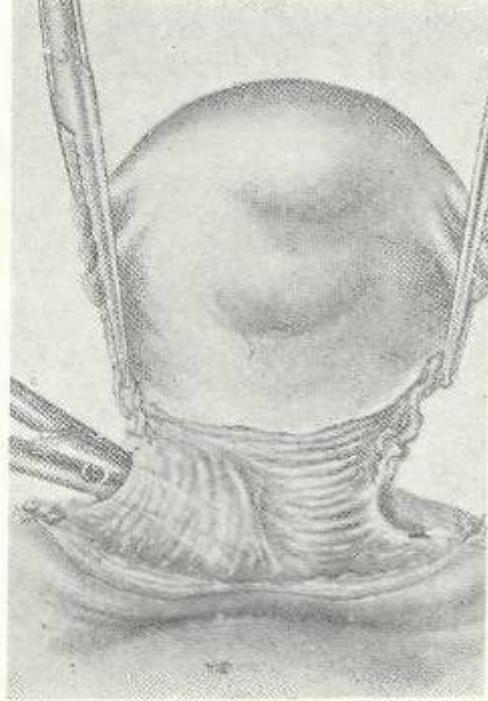


Fig. 2

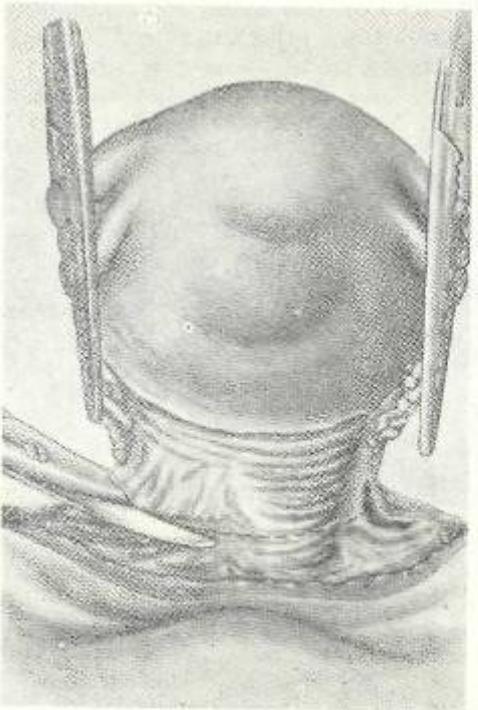


Fig. 3

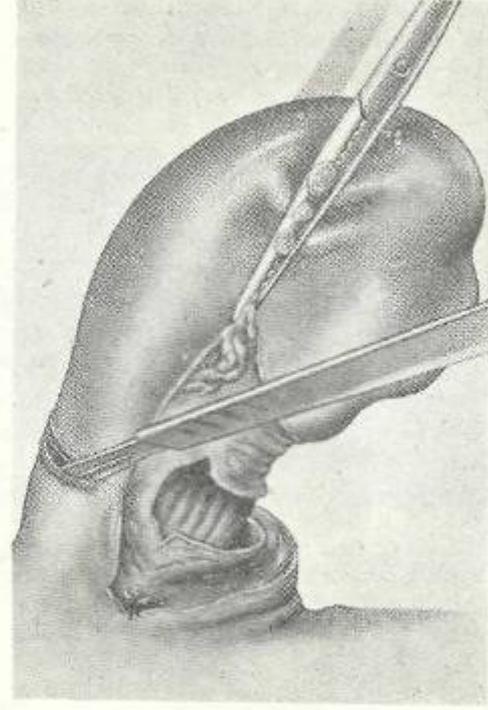


Fig. 4

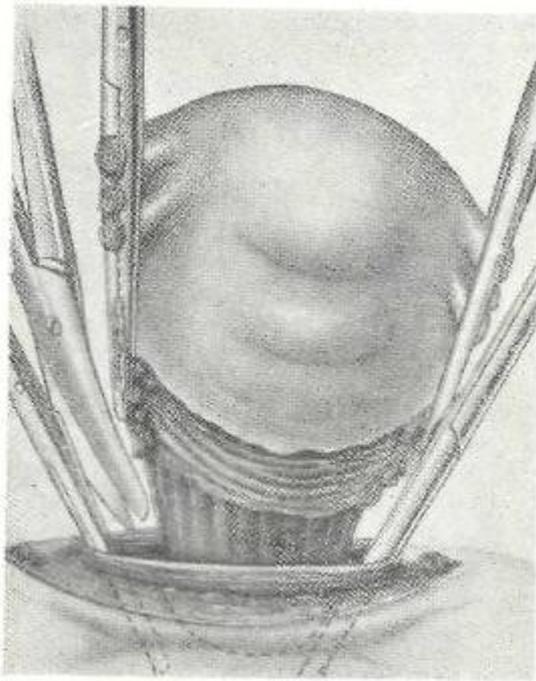


Fig. 5



Fig. 6

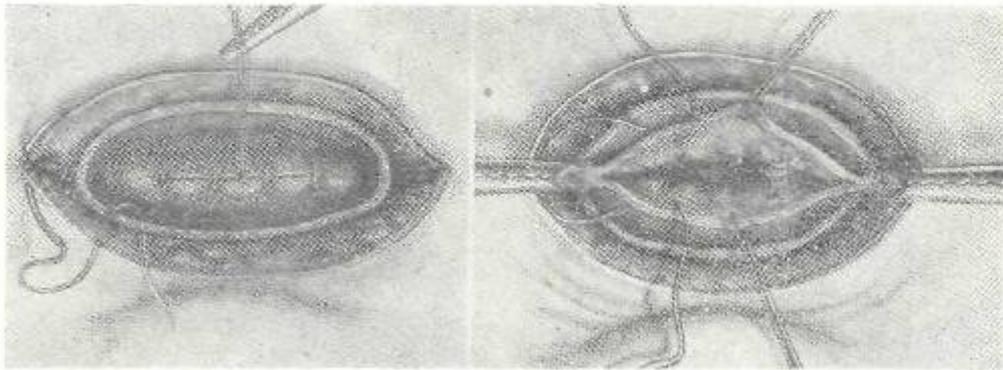


Fig. 7